

FECHA: March 10, 2025
NOMBRE DE CASO: Luis Guerrero Zamora
NÚMERO DE CASO: 2108076
NOMBRE DEL TRABAJADOR/A: Service Center
IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR: 49LS020JOR
NÚMERO DE TELÉFONO: (877) 699-6868
NÚMERO DE ID DEL CLIENTE: 4034452092

AVISO ACERCA DEL CAMBIO DEL REPORTE SEMESTRAL PARA EL HOGAR DEL CALFRESH

Luis Zamora
100 KENDALL WAY UNIT 324
WINDSOR, CA 95492-7232

¿Tiene Preguntas? Comuníquese con su Trabajador/a.

A partir de 04/01/2025, el condado cambiará sus CalFresh de \$536.00 a \$204.00.

La razón es la siguiente:

Cuando cambian sus ingresos, también cambia la cantidad de sus CalFresh.

Las deducciones que se le permiten para vivienda y servicios públicos y municipales han cambiado. Cuando sus gastos de vivienda o servicios públicos cambian, sus deducciones también cambian.

Para CalFresh, el tamaño de su familia es 2. Su IRT es \$2,215.00.

Los beneficios de desempleo para Luis fueron agregados al presupuesto de CalFresh.

Audiencia con el Estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja se le explica como hacerlo. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

Presupuesto de Calfresh

Mes del Reporte 04/2025

Tamaño de la familia 2

Total de ingreso ganado contable	\$0.00
Ingreso del trabajo contable ajustado	\$0.00
Total de ingreso no ganado contable	\$1,937.30
Total de Ingreso Neto	\$1,937.30

Deducción estándar	\$204.00
Cuidado de Dependientes	\$0.00
Deducción de albergue para personas sin hogar	\$0.00
Exceso de gastos médicos para ancianos/ discapacitados	\$0.00
Deducción total	\$204.00

Ingreso preliminar ajustado	\$1,733.30
Gastos de vivienda	\$866.65
Gastos de servicios públicos municipales	\$645.00
Ingreso neto ajustado	\$1,105.00

Asignación de CalFresh	\$204.00
Menos emisión excesiva	-\$0.00
Asignación total de CalFresh	=\$204.00

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: Manual de Prácticas y Procedimientos MPP §§63-502.3, 63-502.35, 63-504.35, 63-505, 603-503.3; MPP §63-504.35



SU DERECHO A UNA AUDIENCIA

SU DERECHO A UNA AUDIENCIA (Vea también PUB 412 en www.cdss.ca.gov/inforesources/state-hearings)

Puede solicitar una audiencia si no está de acuerdo con una acción o falta de acción del condado/agencia. Tiene **90 días** para hacerlo a partir del día siguiente a la fecha del aviso. Después de los 90 días, debe demostrar que tenía un motivo justificado para solicitarla tarde. También puede solicitar una audiencia para revisar sus beneficios de los últimos 90 días. Si solicita una audiencia antes de la fecha del cambio, sus beneficios no cambiarán. Sus beneficios de CalFresh se descontinuarán si no vuelve a certificar cuando se debe.

- **En línea** en acms.dss.ca.gov Seleccione "Create an account" (crear una cuenta) para tener una cuenta ACMS y obtener documentos en línea; o seleccione "Submit Appeal without Account" (presentar una apelación sin una cuenta) para presentar una apelación sin una cuenta O
- **Llame gratis** al (800) 743-8525 (o TDD (800) 952-8349) O
- **Fax** - complete esta página y envíela por fax al (833) 281-0905 O
- Complete esta página y envíela de una de las siguientes maneras:
 - **En persona:** Sonoma County Client Advocacy- Hearings
3750 Westwind Blvd. Suite 200B
P.O. Box 1539
Santa Rosa, CA 95403
(800) 952-8349 / Fax: (833) 281-0905
Toll Free: (800) 743-8525
 - **Por correo postal:** CDSS State Hearings Division, PO Box 944243, MS 21-37 Sacramento CA 94244-2430
 - **Por correo electrónico:** SHDCSU@DSS.ca.gov

PETICIÓN PARA UNA AUDIENCIA

1. Mi problema de audiencia involucra a _____ (programa de beneficios) y al condado/agencia SONOMA.
2. Quiero una audiencia porque: _____
3. Nombre de la persona que necesita una audiencia: _____ Fech. de nac.: _____
4. Dirección postal: _____ Núm. de teléfono: _____
☐ Quiero recibir avisos de audiencia por parte de la División de Audiencias Estatales por correo electrónico.
Correo electrónico: _____
5. **Nombre/Firma:** _____ **Fecha** _____
6. Intérprete: ☐ Quiero un intérprete **gratis** para el idioma o dialecto _____
7. ¿Adaptación por discapacidad para la audiencia? ☐ No ☐ Sí (explique): _____
8. Su audiencia se programará por teléfono. Si desea que su audiencia se lleve a cabo por un método diferente, díganos cómo:
☐ Por teléfono ☐ Por vídeo (*ve al juez en su teléfono/computadora*) ☐ En persona en el sitio de audiencia del condado
☐ No tengo teléfono ni acceso a internet. Quiero ir y usar el teléfono o el vídeo en el sitio de audiencia para mi audiencia.
9. Necesito una audiencia programada más rápida debido a: ☐ Denegación de beneficios de emergencia de CalFresh o CalWORKs
☐ Emergencia médica ☐ Desalojo/Sin hogar ☐ Otro (explique): _____
10. Si presenta su apelación de manera oportuna, antes de que entre en vigor la acción enumerada en el aviso, su asistencia permanecerá igual. Para CalWORKs (incluyendo el cuidado infantil) y CalFresh, si la acción del condado era correcta, tiene que devolver cualquier asistencia adicional.
☐ Marque para que mientras espera la audiencia le reduzcan o suspendan sus beneficios de: ☐ CalWORKs ☐ Cuidado infantil ☐ CalFresh
11. Puede pedirle a un amigo, pariente, asesor legal u otra persona que lo ayude con su audiencia. **Si han acordado:**
NOMBRE: _____ **e-mail:** _____
Dirección: _____ **Teléfono:** _____
12. **Para obtener ayuda:** Estos grupos mencionados a continuación pueden brindarle asesoramiento legal o representarlo en la audiencia:

707-528-9941
California Rural Legal Assistance
1160 N. Dutton Ave
Suite 105
Santa Rosa, CA 95401
707-528-9941 / Fax: 707-528-0125

